17

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 novembre 1904, à 1 heure

PAR

E. NICOLLE

La Cure d'air chez les enfants tuberculeux à l'Hôpital Hérold

Président : M. HUTINEL, *professeur*

Juges : MM. BERGER et GILBERT, *professeurs*
FAURE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15
—
1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE Dr BARTH

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE Pr DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale.

MONSIEUR LE Dr LEGUEU

Professeur agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE Dr WALTHER

Professeur agrégé

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE Dr BARBIER

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE Dr LAMY

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE Dr AUVARD

Accoucheur des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de pathologie interne à la faculté de Médecine
Médecin des Enfants Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0017enic

La Cure d'Air
Chez les Enfants tuberculeux
A l'hopital Hérold

INTRODUCTION

L'établissement de sanatoria pour adultes a donné des résultats médiocres, non seulement à un point de vue purement médical, mais surtout social et économique.

Les charges imposées à ces établissements, sont considérables parce que la guérison du tuberculeux adulte est toujours lente, parce que sa famille, les enfants souvent nombreux, qu'il doit nourrir, relèvent encore, indirectement il est vrai, des œuvres d'assistance.

Les philantropes, les médecins ont compris que c'était contre la tuberculose de l'enfance qu'il fallait avant tout agir et il semble, depuis quelques années, que nous entrons dans une période nouvelle, dont la formule pourrait être cette phrase de Pasteur : « Pour

sauver une race menacée par une maladie contagieuse, le mieux est de préserver la graine ».

Les conditions de la lutte se précisent.

Connaissant mieux l'ennemi, on sait mieux le combattre.

Chez l'enfant, en effet, l'ennemi a envahi depuis peu un organisme qui réagit mieux.

La lutte coûte moins cher, présente plus de chances de succès, autant de raisons qu'il faut envisager.

Mais encore, pour arriver à un résultat appréciable, faut-il ne pas disperser nos forces, mais coordonner nos efforts.

Nous avons écrit cette thèse sur les conseils de notre maître, M. Barbier, pour essayer de démontrer tout le parti que l'on peut tirer de l'installation de petits sanatoria dans les hôpitaux d'enfants.

Depuis l'année 1901, pendant laquelle nous fûmes son externe, M. Barbier n'a cessé de développer dans son service de l'hôpital Hérold son petit sanatorium. Les résultats qu'il a obtenus depuis plus de deux ans sont assez nombreux actuellement, pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions pratiques. Nous le remercions vivement de nous avoir autorisé à traiter le sujet qui le passionne si vivement, et de nous avoir prodigué ses conseils.

Nous remercions également M. le Dr Hutinel, d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Parmi tous, il a depuis longtemps installé à l'hôpital des Enfants assistés la cure d'air, non seulement pour ses jeunes tuberculeux, mais encore pour parfaire la convalescence de la plupart de ses malades, et il

a montré à plusieurs occasions les résultats éminemments pratiques de cette méthode.

Nous suivrons pour l'exposition de ce travail le plan suivant :

Dans un premier chapitre, nous étudierons :

La situation de l'hôpital Hérold ;

L'établissement actuel de son sanatorium ;

Le traitement imposé aux enfants tuberculeux.

Dans un deuxième chapitre, nous rapporterons les observations les plus intéressantes des différentes formes de tuberculose soignées à l'hôpital Hérold par la méthode précédente.

Dans un troisième chapitre, nous examinerons les résultats.

Dans un quatrième et dernier chapitre, nous essayerons de tirer quelques considérations sociales qui paraissent s'imposer pour une lutte efficace contre la tuberculose de l'enfance.

CHAPITRE I

L'hôpital Hérold jouit d'une exposition parfaite pour l'établissement d'un sanatorium.

Situé au nord-est de Paris, sur la limite même de la ville, puisqu'il n'est séparé des fortifications que par un boulevard, il occupe sur le versant nord-ouest de la colline des Buttes-Chaumont un plateau légèrement dominé vers le sud et le sud-est, tandis que vers le nord et le nord-ouest, sa situation dominante en rend l'aération et l'insolation parfaites.

Les abords de l'hôpital sont presque complétement libres et dépourvus d'habitations.

Vers Paris, quelques maisons isolées au milieu de terrains vagues le séparent des Buttes-Chaumont. A l'Est et à certaine distance, quelques usines et les abattoirs de la Villette.

Si, après avoir pénétré dans l'hôpital, on se dirige à gauche, derrière les baraquements en planches qui servent actuellement de salles d'hospitalisation pour les malades de médecine générale, on rencontre une terrasse d'où l'on découvre l'immense plaine qui s'étend vers le nord jusqu'à Montmorency.

Longtemps fermé, l'hôpital Hérold a été affecté,

au mois de mars 1901, au traitement des maladies infantiles. A peine installé dans son nouveau service, M. Barbier mit à profit l'heureuse exposition de cette terrasse bien aérée et ensoleillée pour l'établissement du sanatorium.

Nous ne saurions mieux faire, pour décrire son installation, que de reproduire ici ce que M. Barbier a écrit lui-même à ce sujet dans la *Revue de la Tuberculose infantile :* (1)

« Le matériel a été des plus simples. J'ai obtenu quelques chaises longues en osier. Les couvertures des lits ont servi pour envelopper les malades. Malheureusement, au début, du moins, aucun abri ne protégeait les malades du vent, du soleil, ou de la pluie, et la cure d'air se trouvait fatalement limitée aux jours de beau temps. Contre le soleil, les malades avaient l'ombre projetée par les bâtiments, et au fur et à mesure, que celle-ci se déplaçait, on changeait également la disposition des chaises longues. Entre autres inconvénients, une organisation aussi élémentaire ne permettait pas toujours de laisser les malades à l'abri du vent ».

C'était là l'organisation sommaire qui existait de notre temps. Elle ne fut modifiée qu'au commencement de l'année 1903, où elle fut transformée pour devenir ce qu'elle est actuellement. Après une visite qu'il fit à M. Mesureur, M. Barbier obtint de l'administration la construction de tentes aussi simples que peu coûteuses. Elles sont ainsi faites :

Quatre tiges en bois supportent les quatre angles

1. 15 déc. 1903, 15 févr. 1904.

d'un toit de toile imperméable. Elles sont réunies par des tringles en fer. Les parois de la tente sont formées de toiles montées sur des anneaux qui peuvent glisser sur les tiges de fer.

Chaque tente est ouverte d'un côté et peut contenir sept à huit chaises longues placées côte à côte.

Ces tentes sont légères, d'un maniement facile et peu encombrantes. A leur abri, les enfants font leur cure d'air sans interruption pendant les périodes chaudes ou tempérées. Pendant l'hiver, la cure n'est interrompue que par les temps trop mauvais, trop pluvieux ou trop froids, mais lorsque le soleil luit, même avec une température basse, les enfants, chaudement enveloppés, sont exposés à l'air pendant le milieu de la journée.

Les malades, à moins d'indications pathologiques spéciales, d'incidents survenant dans le cours de l'affection, ne restent jamais dans la salle durant la journée, même pour la visite quotidienne ; ils sont, dès le matin, installés sur la chaise longue. Tous les huit jours seulement, ils sont examinés, puis pesés.

L'alimentation que reçoivent ces malades consiste dans l'alimentation ordinaire à laquelle on ajoute 100 grammes de viande crue pulpée et deux jaunes d'œufs. Cette suralimentation, surtout l'usage de la viande crue, constitue un puissant facteur d'amélioration des enfants tuberculeux, ainsi qu'il ressort des communications faites par MM. L. Josias et Ch. Roux (1) sur les résultats obtenus à l'hôpital Bretonneau par l'emploi de la viande crue.

1. *Revue de la Tuberculose infantile*, 1903.

La viande crue a été généralement bien acceptée, quoique son aspect laisse quelquefois à désirer. Mais les quelques répugnances que les petits malades accusaient, ont vite cédé aux remontrances et à la menace de la sonde œsophagienne, qui n'a du reste jamais été employée.

Cette alimentation carnée est administrée chez la plupart des malades d'une façon continue, et n'est interrompue qu'en cas de vomissements ou de diarrhée.

Le traitement médicamenteux est des plus simples : quelques malades ont reçu des injections de cacodylate de soude, ou d'huile gaïacolée, mais tous prennent, tous les jours, du sirop iodotannique, et dans quelques cas, surtout pendant l'hiver, de l'huile de foie de morue à dose moyenne.

CHAPITRE II

Pour étudier les résultats de la cure d'air dans la tuberculose infantine, nous procéderons de la façon suivante :

Nous laisserons de côté les granulies et les méningites, pour lesquelles le traitement ne saurait avoir une action manifeste.

Nous mentionnerons, dans notre statistique, les enfants qui ont fait à l'hôpital un séjour même court, n'ayant pas excédé deux semaines et dont l'état général s'est amélioré d'une façon telle qu'il est permis de supposer qu'une présence plus longue aurait pu les mener à guérison.

Nous n'étudierons donc avec quelques détails que les tuberculoses *fermées* pulmonaires, ganglionnaires du hile, pleurales et péritonéales. Nous insisterons moins sur les tuberculoses *ouvertes* anciennes, sur lesquelles le traitement n'a pas eu une action aussi nette.

Les cas relatés seront classés en trois catégories.

Première catégorie. — Formes apyrétiques ou peu fébriles, fermées, localisées aux poumons ou aux ganglions du hile, sans diarrhée, ou autre phéno-

mène d'intoxication, mais avec état d'anémie prédominant et plus ou moins marqué.

Deuxième catégorie. — Formes fébriles, même prolongées, mais fermées, sans phénomènes d'intoxication ou de cachexie précoce, sans diarrhée.

Nous les subdivisons en :

A. Tuberculoses pulmonaires.

B. Tuberculoses pulmonaires et séreuses. { A' : Poumon et plèvre ; B' : Poumon et péritoine. ; C' : Poumon et plèvre et péritoine.

C. Tuberculoses séreuses. { A' : pleuro-péritonéale. ; B' : péritonéale.

Troisième catégorie. — Formes cachectiques précoces, avec ou sans fièvre, mais accompagnées d'anémie intense et de diarrhée ou autres phénomènes d'intoxication marqués, formes ouvertes avec bacilles de Koch dans les crachats.

Pour la première et la deuxième de ces catégories, nous donnerons un tableau synthétique contenant les observations avec le degré des lésions, le temps de séjour à l'hôpital, le poids gagné pendant le traitement, et quelques détails sur les incidents survenus pendant le séjour, si besoin est.

Nous ferons suivre ce tableau des observations résumées qui nous ont paru les plus intéressantes et les plus démonstratives.

Première Catégorie

Apyrétiques sans intoxication

Nos de l'obs.	Noms	Age	Sexe	Lésions	Durée du séjour	Jours	Poids	Observations	
I	Wag....	12	f.	D.O. + (1)	13		+ 1000	Rhumat. tub.	
II	Gauth...	8	f.	D.O. + G. +	33		+ 1200		
III	Noel....	10	f.	D.O +	22	15	— 500	Troubles digest. qq. vomissements	Epinay
						7	+ 300	Alimentation mieux supportée.	
IV	Ben.....	14	f.	D.O. +	47	(10 (35	— 500 + 2000	Hémophtysies.	Forges
V	Mor.....	5	f.	G.O. +	17		+ 500		Epinay
VI	Mart....	9	f.	D et G.O. +	18		+ 1500	Bronchite bilatérale.	
VII	Gitz.....	12	f.	G.O. +	30		+ 1200		
VIII	Levas...	6	f.	D et G. +	35		+ 1500	Vulvite, gonocoques, 39° pendant 3 jours. T. disparaît avec vulvite.	
IX	Vign.....	14	f.	D et G.O	37	11	— 300	Rhumatisme tub. cervical. Troubles dyspeptiques. Diarrhée.	
						26	+ 3600	Diarrh. disparue.	
X	Lepr....	10	f.	D et G.O	33		+ 1600		
XI	Boud....	3	f.	D et G. +	14		+ 200		
XII	Mig.....	9	f.	D et G. +	17		+ 400	Légères hémopthysies.	
XIII	Duj.....	4	f.	D.o + G.O	16		+ 500	Adénite axil. bil. améliorée ainsi que G.O.	

1. D., poumon droit ; G., poumon gauche ; + adénopathie du hile ; O., germination tub. ; o., conglomération.

Apyrétiques sans intoxication *(suite)*.

N° de l'obs.	Noms	Age	Sexe	Lésions	Durée du séjour	Jours	Poids	Observations	
XIV	Mat...	12	f.	G.O	24		+ 1100		
XV	Fr...	6	g.	G.O	14		1000		
XVI	Gely...	8	g.	D.O. +	8		+ 900		
XVII	Lab...	10	g.	D.O. +	23		1500		
XVIII	Chrét...	7	g.	D.O. +	14		700		
XIX	Bett.....	14	f.	D.O +	18		1300		
XX	Din.....	5	f.	G.O. + Bacill. gang.	60		+ 3000		Garches
XXI	Beau.....	12	f.	D et G.O	77		+ 3700	Troubles dig. retrec. mitr. — Angine dipht. intercurrente	
XXII	Gui[n].....	13	f.	D.O	18	10	— 700		
						56	2000		
XXIII	Piro..	14	f.	D et G.O.	27		+ 3000		
XXIV	Meh.....	12	f.	D et G.O	23		2100	Légère artériosclérose des radiales.	
XXV	Laug....	10	f.		62	8	+ 400	Gang. axil. dr. Léger mouv. fébrile coïncidant avec diarrhée.	
						7	— 500		
XXVI	Dufr.....	10	f.	D.O.	13	45	+ 1300		
							800		
XXVII	Lech.....	12	f.	D.O.	41		2300	Entérite avec selles sanglantes.	Epinay
	2e séjour.			—	32		500		
XXVIII	Dér.....	5	f.	D.O.	10		— 500	Anémie. Adénite axil. Grippe.	Garches
	2e séjour			—	19		+ 1000		
	Dub...	11	f.	D.O. +	18		+ 700	Un peu de fièvre.	Epinay
XXIX	2e séjour			—	17		+ 200		

OBSERVATION XXX

Sauter... fille, âgée de 14 ans, entre salle Gubler le 18 décembre 1901, sort le 1er avril 1902.

Entre à l'hôpital pour anémie, perte de l'appétit, perte des forces, amaigrissement et constipation.

A son entrée, soupçons de bacillose au sommet droit. Après un examen approfondi de l'appareil respiratoire, on constate :

Sommet gauche : submatité, expiration prolongée.

Sommet droit : matité avec inspiration saccadée et rude, expiration prolongée et soufflante.

Adénopathie du hile droit.

On combat l'anorexie et la constipation, et l'enfant s'alimente bien et augmente de poids régulièrement jusqu'au 8 mars où elle fait une grippe avec céphalée, vomissements, insomnie et température à 40°. A ce moment, on constate de la congestion des deux sommets, râles crépitants à droite et congestion des deux bases. La température revient au bout de trois jours à la normale. En huit jours l'enfant a perdu 300 grammes.

Les signes pulmonaires s'amendent et tout rentre dans l'ordre.

Lorsqu'elle part pour Epinay le 1er avril on constate :

Au sommet droit : matité et respiration soufflante, ventilation diminuée.

Au hile droit respiration soufflante.

Du 18 décembre au 1er avril l'enfant a augmenté de 5.900 grammes.

OBSERVATION XXXI

Mald. L..., fille, âgée de 14 ans, entrée salle Gubler le 23 décembre 1901, sortie le 19 janvier 1902.

Un mois avant son entrée vomissement de sang rouge vif, clair, spumeux, et dans les huit jours suivants crachats striés de sang, sueurs nocturnes. Etat général de plus en plus mauvais ; toux persistante.

Lorsqu'elle entre on trouve, au sommet gauche, de la matité avec une respiration confuse. Souffle d'adénopathie trachéo-bronchique au niveau du hile gauche. Quelques râles de bronchite dans les deux poumons. Pas de fièvre.

Pendant son séjour, les hémoptysies ne se reproduisent pas, l'appétit revient, l'état général s'améliore beaucoup.

Son poids augmente continuellement et elle gagne 3.800 grammes.

OBSERVATION XXXII

Bler..., fille, âgée de 14 ans, entrée salle Gubler le 28 décembre 1903, sortie le 22 février 1904.

Entrée pour anémie, amaigrissement, pertes des forces et troubles dyspeptiques depuis un mois. Pas de fièvre.

Au sommet droit matité, diminution du murmure vésiculaire, inspiration grave, expiration soufflante. Souffle d'adénopathie trachéo-bronchique droite. Foyers congestifs aux bases.

Digestions difficiles.

Petit à petit, les troubles digestifs s'amendent, l'enfant digère bien. Les signes pulmonaires s'améliorent également : la congestion disparaît, mais il persiste une induration du sommet droit et un souffle au hile droit. Sort pour rentrer dans sa famille avec un état général excellent.

Augmentation progressive du poids : pendant son séjour, elle gagne 4500 grammes.

OBSERVATION XXXIII

B..., fille âgée de 10 ans, entrée salle Gubler le 2 février, sortie le 8 mars 1904.

Entre pour amaigrissement et douleurs abdominales. Pas de fièvre.

Matité et expiration soufflante au sommet droit. Congestion des bases. Adénopathie trachéo-bronchique. Entérite glaireuse qui disparaît au bout de six jours.

Sort pour aller à Epinay avec induration du sommet droit ; adénopathie trachéo-bronchique moins accentuée ; plus de congestion. Bon état général.

Du 2 au 8 février poids = — 300 grammes

Du 8 février au 8 mars poids = + 2000 grammes.

OBSERVATION XXXIV

Mor..., fille âgée de 14 ans 1/2. Entrée le 25 mars 1903, salle Gubler, sortie le 20 avril 1903.

Entre pour anémie, insomnie, sueurs nocturnes, amaigrissement, céphalée.

Anémie symptomatique. Bronchite suspecte du sommet droit. Micropolyadénite généralisée. Aménorrhée depuis trois mois.

6 avril. — Douleurs avec périostite, tibia droit, probablement spécifique. KI.

Sort le 20 avril, guérie de sa périostite.

Disparition de la bronchite. Epinay.

13 jours = + 1300 grammes.

13 jours = — 800 grammes.

Deuxième séjour. — 20 mai 1903. — Revient pour douleurs rhumatoïdes osseuses et extra-articulaires.

Bacillose du sommet droit.

Première période de 13 jours ; Alimentation mal supportée. Diarrhée. Rhumatisme tuberculeux, épaule droite. — 700 grammes.

Deuxième période de 42 jours : Disparition des douleurs articulaires. Alimentation bonne, + 2500 grammes.

Sort sur sa demande, améliorée.

ORSERVATION XXXV

Cov..., fille, 10 ans, entre salle Gubler le 13 septembre 1901, sort le 3 octobre.

Entre pour point de côté, toux provoquant des vomissements alimentaires,

Sommet gauche induré ; sommet droit suspect ; adénopathie trachéo-bronchique.

Suralimentation mal supportée, provoque de la diarrhée qui cesse au bout de deux jours.

L'enfant s'alimente bien ensuite, la toux est calmée et elle sort améliorée. Pas de fièvre pendant son séjour à l'hôpital pendant lequel elle gagne 800 grammes.

Deuxième séjour. — Rentre le 15 juin 1903.

Après une période d'augmentation de poids elle a de nouveau maigri et toussé. En outre, elle se plaint un peu du ventre, surtout au niveau du point de Mac Burney. Cette douleur disparaît quelques jours après son entrée. Mêmes signes pulmonaires qu'à son premier séjour, avec en plus quelques frottements au sommet gauche. Pas de fièvre.

Elle sort le 15 juillet améliorée pour aller à Forges. Elle a gagné 1.300 grammes.

OBSERVATION XXXVI

Vol..., fille âgée de 7 ans, entrée salle Gubler le 11 février 1903, sortie le 29 avril pour Garches.

A l'entrée, mauvais état général, appétit diminué, digestions difficiles.

Micropolyadénite.

S. D., matité, souffle expiratoire.

B. D., matité, inspiration rude.

Souffle expiratoire au niveau du hile.

17 février, 8 mars. — Evolution de bronchite dans les poumons avec poussées de fièvre (38°), mais augmentation du poids.

8 mars, 15. — Foyer congestif du poumon droit qui disparaît au bout de quelques jours. Fièvre diminue.

20 mars, 27. — Le poids qui avait diminué un peu reprend. Puis quelques craquements du sommet gauche. Un peu de diarrhée et de fièvre.

27 mars, 15 avril. — Plus de diarrhée. Fièvre disparaît.

Vers le 15 avril un peu de pleurite du sommet gauche.

Lorsque l'enfant sort la température est presque normale et les signes de congestion et de pleurite ont disparu; il reste de la matité aux deux sommets avec respiration rude et quelques râles secs au sommet gauche.

L'enfant a augmenté de 1.300 grammes en 75 jours.

Deuxième séjour. — 3 juin 1903 - 12 juillet. — Insuffisamment nourrie à Garches l'enfant perd 1 kilog. et rentre anémiée, sans appétit, des vomissements et des sueurs nocturnes.

Les signes physiques sont très nets : Induration des deux sommets, pleurite du sommet droit et de la base gauche.

L'état général s'améliore rapidement et la malade augmente de poids, les digestions sont bonnes, elle ne tousse plus et la température est normale lorsqu'elle sort ayant gagné 1800 grammes.

Troisième séjour. — 19 avril – 27 juin 1904. — L'enfant revient parce qu'elle a maigri et toussé de nouveau.

Les sommets présentent toujours des signes d'induration. On a de plus des signes de congestion du poumon gauche, qui disparaissent au bout de quelques jours.

Elle perd d'abord 500 grammes de son poids qu'elle rattrape ensuite et sort avec un bon état général bien que le poids soit stationnaire.

OBSERVATION XXXVII

Fl..., fille, 14 ans, entrée salle Gübler le 15 novembre 1901, sortie le 1er avril 1902.

Entre pour anémie, amaigrissement, céphalée et palpitations au moindre effort. Depuis 15 jours elle vomit presque tout ce qu'elle prend ; a cessé d'être réglée depuis 3 mois.

Enfant pâle aux muqueuses décolorées. Aux deux sommets respiration saccadée avec submatité. Aux bases respiration rude. Bruit de rouet dans les vaisseaux du cou. Plaque d'herpès sur la joue gauche qui apparaît au moment des règles depuis que celles-ci sont disparues.

Jusqu'au 5 décembre mêmes signes stéthoscopiques ; ils sont cependant plus nets au sommet droit.

8-14 décembre. — Angine à streptocoque s'accompagnant d'un peu de fièvre.

14-26 décembre. — Nouvelle plaque d'herpès sur la joue

gauche qui retrocède. L'enfant mange bien et les digestions sont plus faciles.

13 janvier. — Apparition des règles peu abondantes et peu colorées il est vrai, mais non douloureuses.

6 février. — Au sommet droit respiration grave, expiration soufflante et transsonnance plus sèche. Cette poussée est apyrétique.

7 février. — Les règles réapparaissent plus abondantes et plus colorées.

20 février. — Bouffées de râles secs au sommet droit.

13 mars. — Ces râles ont disparu.

A partir de ce moment l'enfant continue à s'améliorer. L'appétit est excellent et l'état général est très bon, mais elle conserve des signes de germination au sommet droit, lorsqu'elle part à Hendaye le 1er avril.

Pendant son séjour le poids a beaucoup augmenté, d'une façon presque continue. Elle a gagné 8 kilos 200 en 4 mois 1/2.

Deuxième séjour. — 24 avril, 24 juin 1903. Elle a séjourné à Hendaye du 1er avril au 15 octobre 1902 et a gagné pendant ce temps 5 kilos. Depuis qu'elle est revenue chez elle elle s'est remise à tousser et à transpirer la nuit. Elle a maigri de 7 kilos 500. Les règles sont régulières.

Signes d'induration du sommet droit et au sommet gauche, ainsi qu'à la base gauche quelques frottements pleuraux.

Le poids reste stationnaire jusqu'à ce que l'enfant soit à la cure d'air. Elle s'améliore considérablement pendant son séjour. A sa sortie :

Respiration rude et grave au sommet droit.

Submatité et respiration soufflante et rude au sommet gauche, ainsi qu'une respiration grave à la base gauche.

Du 4 mai au 24 juin, poids = + 4 kilog. 200.

OBSERVATION XXXVIII

Heitz..., fille, âgée de 13 ans, entrée salle Gübler le 30 septembre 1902, sortie le 27 janvier 1903.

Depuis un an crises d'hystérie : hystérie nettement démontrée par sensation de boule au début de la crise, plaques d'anesthésie, thermo-anesthésie, etc.

Fillette amaigrie ; anorexie sans vomissement ni diarrhée ; quelques sueurs nocturnes.

Poumons. — Sommet droit : respiration obscure ; inspiration et expiration saccadées ; matité.

Base droite : submatité.

Sommet gauche : respiration un peu diminuée. Hile, droit surtout : souffle d'adénopathie trachéo-bronchique.

Cœur. — Frémissement cataire.

Roulement présystolique net mais transitoire.

23 octobre. — Crise nerveuse le soir peu accentuée.

26, 30 octobre. — L'enfant présente tous les signes locaux et généraux d'une angine que l'examen bactériologique a fait diagnostiquer angine à streptocoque. L'enfant a perdu 500 grammes de poids dans ces quelques jours.

6 novembre. — Expiration prolongée et soufflante dans la fosse sus-épineuse gauche.

10 novembre. — Accès de fièvre durant jusqu'au 19. On découvre au sommet gauche un murmure vésiculaire rude, grave et faible, et dans le lointain on perçoit un souffle aux deux temps avec de temps à autre quelques craquements secs. Le 19 on découvre un abcès de la marge de l'anus d'où l'on fait sortir un peu de pus.

24 novembre. — Foyer congestif de la base droite avec inspiration rude et grave : l'abcès anal est guéri.

8 au 16 décembre. — L'enfant reprend du poids, les signes pulmonaires sont moins nets.

16 décembre. — Mais vers cette époque foyer à la base gauche, accès de fièvre, transpiration. Augmentation de la toux.

3 janvier. — Injection d'un centimètre cube de tuberculine suivie d'une légère ascension thermique accompagnée de sueurs.

5 janvier. — Léger accès fébrile qui disparaît deux jours après.

19 janvier. — Polyurie. Matité à la base et au sommet gauche. Inspiration rude et grave à la base gauche. A la partie la plus externe de la fosse sous-épineuse gauche expiration grave et dans l'aisselle gauche expiration soufflante avec bande de matité partant de l'aisselle gauche pour gagner la fosse sous-épineuse gauche.

Hile gauche : matité.

Sommet gauche : Expiration et l'inspiration ont une tonalité égale.

26 janvier. — L'enfant part à Hendaye avec un bon état général, et prédominance des signes stéthoscopiques du côté droit.

Le poids reste à peu près stationnaire pendant le mois de novembre. Elle gagne pendant son séjour 4.300 grammes.

Deuxième séjour. — 25 septembre 1903. — L'enfant a fait, pendant son séjour à Hendaye, une poussée tuberculeuse avec fièvre et amaigrissement. A sa rentrée à Paris, elle a eu une hémoptysie abondante. A son entrée à l'hôpital elle a maigri de 3.300 grammes.

Le poumon droit paraît être toujours le plus atteint.

Adénopathie trachéo-bronchique très nette.

Au cœur frémissement présystolique peu marqué, claque -

ment métallique valvulaire, enfin une ébauche de dédoublement du second bruit.

4-13 octobre. — La malade subit une diminution de poids en même temps qu'une diminution de l'alimentation et une période fébrile dus à une angine à points blancs streptococcique.

13 octobre, 1er novembre. — A partir du 13 l'angine va mieux, la fièvre disparaît, l'appétit revient et le poids monte jusqu'au jour de la sortie, 3 novembre, qui est précédée d'un peu de fièvre.

L'état général est bon bien que les signes pulmonaires se soient peu modifiés.

Elle a gagné 3000 grammes.

OBSERVATION XLII

Laf..., fille, âgée de 3 ans, entrée salle Gübler, le 6 juillet 1903, sortie le 5 avril 1904.

Entre pour broncho-pneumonie du sommet gauche et du sommet droit. Suite de rougeole.

6-25 juillet. — 1900 grammes. Température entre 39°5 et 40°, poussées congestives à la base gauche, persistance du foyer au sommet gauche. Disparition du foyer du sommet droit.

25 juillet, 20 août + 720 grammes. Température entre 37°-38°, râles de bronchite généralisée, mêmes signes au sommet gauche.

20 août, 6 septembre, — 820 grammes. Température 37°5, 38°5 ; poussées congestives.

6 septembre, 20 octobre + 700 grammes. Etat subfébrile. Adénopathie du hile et axillaire.

20 octobre, 22 janvier + 4600 grammes. Apyrexie. Poussée du sommet droit. Alimentation bien supportée.

Deuxième Catégorie

Fièvre, sans intoxication.

A. — Tuberculoses pulmonaires.

Nos de l'obs.	Noms	Age	Sexe	Lésions	Durée du séjour	Jours	Poids	Observations	
XXIX	Mutt...	13	f.	D et G.O. + anémie	98		+ 4200	Accès de fièvre aux environs de 38°	Hendaye
XL	Hec...	5	g.	D.O. +	20	5 15	— 200 + 900	Fièvre	Campagne.
XLI	Fr...	14	f.	D et G.o	34	25 9	+ 1500 — 500	Fièvre nocturne Diarrhée.	Emmenée par les parents.

22 janvier, 2 février. — 300 grammes. Bronchite généralisée. Un peu de diarrhée.

2 février. — 5 avril + 1800 grammes. Température normale.

Sort avec induration du sommet gauche.

Etat général très amélioré.

Augmentation totale du poids : 4800 grammes.

OBSERVATION XLIII

Ver..., fille, âgée de 14 ans, entre salle Gubler, le 29 décembre 1903, sort le 20 mars 1904.

Depuis un an environ l'enfant crache du sang sans effort.

sans toux et presque tous les mois. Quelquefois les crachats sont seulement striés par des filets de sang rouge vermeil. L'appétit est notablement diminué et cependant les digestions se font bien. Pas de diarrhée.

Sommet droit : matité, inspiration saccadée, expiration prolongée ; voussure, matité et souffle au niveau du hile en avant.

Sommet gauche . submatité ; murmure vésiculaire affaibli et obscur. Frottements de pleurite à la base.

Température entre 37° et 38°.

Le 7 mars apparition de douleurs dans la jambe droite et de diarrhée. Ces phénomènes disparaissent le 10. Mais l'enfant dont le poids était stationnaire depuis 8 jours perd 200 grammes du 7 au 14 mars.

Enfin l'appétit revient et l'état général continue à s'améliorer, mais les signes pulmonaires n'ont pas changé à son départ pour la campagne le 20 mars. La température est normale.

Pendant son séjour elle a gagné 1800 grammes.

OBSERVATION XLIV

Tup..., fille, âgée de 13 ans ; entrée le 11 janvier 1904, sortie le 8 mars.

Maux de tête fréquents, agitation, sueurs nocturnes, perte de l'appétit, digestions lentes et difficiles.

Elle est atteinte au sommet droit où l'on constate submatité avec diminution du murmure vésiculaire. Quelques frottements en avant et expiration soufflante, ainsi qu'au niveau du hile. Signes qui restent fixes malgré quelques modifications insignifiantes.

Jusqu'au 12 février elle s'alimente sans appétit ; la température se maintient assez régulièrement au-dessus de la

normale, présentant même une série d'accès (du 1er au 5 février) montant jusqu'à 39°,5 ; le poids n'augmente pas sensiblement et même elle perd 500 grammes pendant la période des accès fébriles. A partir du 12 l'état s'améliore, il n'y a plus de céphalée ni de vertiges, l'appétit est encore capricieux, mais les digestions sont plus faciles ; le poids monte d'une façon continue et la température se rapproche sensiblement de la normale. Ce mieux se maintient jusqu'au 7 mars, époque à laquelle la malade est envoyée à Epinay.

Elle a gagné 3200 grammes pendant son séjour.

2e séjour. — Elle en revient le 6 avril et rentre salle Gübler avec céphalée, transpiration nocturne, inappétence marquée, constipation, fièvre à 39°2, ayant perdu deux kilos de son poids. On constate les mêmes signes au sommet droit, plus une poussée congestive au sommet gauche, mais elle ne reste que quatre jours à l'hôpital et l'on ne peut constater aucune amélioration pendant ce temps trop court.

OBSERVATION XLV

Vil..., fille âgée de 14 ans, entre salle Gübler le 10 mars 1903, sort le 5 novembre.

Depuis 15 jours, maux de tête fréquents, douleurs dans le côté droit, fièvre, sueurs nocturnes, appétit nul, diarrhée.

A l'entrée, enfant pâle, amaigrie, abattue ; température entre 38° et 39° ; langue sale sur le dos, rouge à la pointe ; céphalée, toux rare et sèche. A l'auscultation râles de bronchite dans les deux poumons. On craint une fièvre typhoïde.

12-20 mars. — Température élevée ; amélioration des signes de bronchite. Vers le 20 mars, température à 40 et

en même temps foyer congestif de la base droite et adénopathie trachéo-bronchique droite.

20–31 mars. — Température à grandes oscillations. Le 23 mars nouveau foyer congestif au sommet droit ; persistance des signes de la base : submatité, inspiration rude. Le 26 mars, diarrhée qui disparaît le lendemain.

1er au 10 avril. — Le 2, nouveau foyer de broncho-pneumonie à la base gauche. Le souffle du sommet droit prend plus de force. Réapparition de la diarrhée le 6.

10–20 avril. — Accentuation des signes d'induration au sommet droit. Signes de pleurite à la base droite. Extension du foyer congestif de la base gauche.

La diarrhée s'améliore.

20–30 avril. — Les signes d'induration du sommet droit ont pris un timbre pseudo-cavitaire.

Bronchite et congestion des deux bases.

1er au 10 mai. — Mêmes signes.

10–20 mai. — Nouveau foyer soufflant à la base droite et au sommet gauche. Expectoration sans bacille de Koch.

20-30 mai. — Amélioration de tous les signes pulmonaires, sauf au hile droit.

1er–15 juin. — Amélioration de l'état général.

15-30 juin. — Régression des signes du sommet droit, mais la respiration y reste rude et grave.

Nouveau foyer soufflant au sommet gauche.

1er-15 juillet. — Disparition du foyer gauche.

10-30 juillet. — Amélioration progressive.

Sommet droit, sonorité diminuée et plus élevée, congestion de la base droite, expiration soufflante au hile gauche.

Août. — Petite angine qui dure deux jours. Amélioration continue. Persistance des signes d'auscultation.

Septembre. — Le 11, congestion de tout le poumon gauche avec poussée fébrile et diarrhée jusqu'au 17.

Octobre. — Elle s'améliore toujours et part avec un bon état général le 5 novembre pour Hendaye.

Symptômes pulmonaires beaucoup amendés : submatité des deux sommets surtout à gauche avec bronchite prédominante aux deux sommets.

Première période fébrile depuis son entrée jusqu'au 1er juin (39° et 40°). Puis deuxième période fébrile jusqu'au 16 juillet (38°). Période apyrétique jusqu'au 1er septembre. Nouvelle poussée du 1er au 17 septembre (40°). Enfin apyrexie jusqu'à la sortie.

A l'entrée, l'enfant pèse 36 kilogr. 700.

Du 15 mars au 1er juin elle perd 2200 grammes.

Du 1er juin au 25 août + 8000 grammes.

Du 25 août au 20 septembre — 3000 grammes.

Du 20 août à sa sortie + 4000 grammes.

L'enfant pèse à sa sortie 43 kilogr. 500.

B. — Tuberculoses pulmonaires et séreuses.

a' *Poumon et plèvre.*

Nos de l'obs.	Noms	Age	Sexe	Lésions	Durée du séjour	Jours	Poids	Observations	
XLVI	Kief...	5	f.	D et GO + pleurésie g.	59	7	+ 600	fièvre	Garches.
						8	— 800	pleurésie	
						44	+ 1900	apyrexie pleur. disparue	
XLVII	Tronc...	10	f.	D et G.O frottements pleuraux à B. G.	30	12	— 200	fièvre	
						18	+ 600	apyrexie	
XLVIII	Doul...	14	g.	D.O. + pleurésie d.	30	8	— 450	fièvre	
						22	+ 2650	résorption du liquide pleural.	
XLIX	Lecou...	14	g.	D.O et G.O pleurésie g.	58	7	— 1000	fièvre	
						50	+ 5300	apyrexie, signes de pleurésie disparus.	

OBSERVATION L

Tr..., fille âgée de 11 ans, entre salle Gubler, le 22 février et sort le 10 août 1904.

Toux grasse, quinteuse, fièvre, sueurs nocturnes, nausées, inappétence et amaigrissement depuis 6 semaines.

A l'entrée grippe avec bronchite et broncho-pneumonie.

Matité aux deux sommets avec respiration irrégulière et diminution du murmure vésiculaire surtout à droite.

Matité et râles crépitants fins avec léger souffle à la base droite.

Expiration soufflante au niveau du hile.

Râles de bronchite dans les deux poumons. Température 39°4 qui descend à 38 au bout de 4 jours, puis remonte.

Perte de l'appétit et des forces, amaigrissement.

L'état des poumons reste le même jusqu'au 5 mars, où l'on constate une matité plus considérable de la base droite, avec abolition des vibrations thoraciques et souffle expiratoire. A la base gauche râles fins et quelques sibilances. En même temps la fièvre augmente (atteint 40°5), l'état général est mauvais, l'amaigrissement très prononcé.

Pendant la fin de mars et jusqu'au 25 avril, le souffle à timbre cavitaire de la base persiste, on a même retiré un peu de liquide louche par une ponction exploratrice. Les signes de congestion persistent dans le poumon gauche. Mêmes signes aux sommets et au hile avec quelques frottements pleuraux au sommet gauche.

L'état général s'est cependant amélioré et l'appétit est revenu. Température entre 38° et 39°.

Pendant les mois de mai et juin les signes pulmonaires s'améliorent sans cesse. Le souffle de la base droite dispa-

raît et les signes de congestion disparaissent également dans les deux poumons. Température entre 37° et 38°.

Au départ de la malade pour Forges l'état général est bon.

Aux sommets mêmes signes qu'à l'entrée. Au hile persistance de l'adénopathie trachéo-bronchique. A la base droite submatité et quelques râles secs.

Après avoir maigri de 2000 grammes jusqu'au 7 mars, la malade reprend du poids jusqu'à sa sortie et part avec une augmentation de 3000 grammes sur le poids de l'entrée.

OBSERVATION LI

Lah... garçon, âgé de 4 ans 1/2, entre le 3 octobre 1902, salle Gübler annexe, sort le 4 février 1903.

Enfant déjà soigné dans cette même salle pour une pneumonie de la base gauche ayant duré trois semaines. Depuis cette affection l'enfant tousse toujours, a des sueurs nocturnes, de la fatigue au moindre effort et crache le sang depuis cinq mois environ, surtout le matin.

A l'entrée, on trouve au sommet droit un foyer congestif, de l'induration du sommet gauche, de l'adénopathie trachéo-bronchique. Au cœur un souffle extra-cardiaque, le pouls petit et régulier bat à 100.

Le 17 octobre. — On constate un épanchement pleural à la base droite qui subit des modifications peu importantes et ne se résout que très lentement au bout de sept semaines. Pourtant, sauf la lenteur de l'épanchement à se résorber, l'état de l'enfant s'améliore. Les hémoptysies ont cessé, la température reste toujours voisine de la normale, et le malade quitte l'hôpital le 4 février 1903, avec une augmentation de poids de 5 kilos. Il avait été désigné pour être envoyé à Hendaye, mais il ne partit pas en raison des renseignements défavorables donnés par sa concierge.

Deuxième séjour. — Il entre à l'hôpital même salle le 15 novembre 1903, parce que son appétit est moins bon et que ses nuits sont mauvaises, troublées par des sueurs abondantes ou des quintes de toux ; il tousse beaucoup, jour et nuit, et crache. Son expectoration est abondante et fétide, ainsi que l'haleine ; les hémoptysies sont peu abondantes mais fréquentes.

On constate une rétraction de la paroi thoracique droite, une germination du sommet ; dans la partie médiane, un souffle caverneux accompagné de râles sibilants et de ronchus. Le sommet gauche est également suspect, pourtant l'état général n'est pas mauvais, la mine est restée colorée et le poids stationnaire. A peine entré il se fait une infection bronchique qui dure une huitaine de jours, mais cède aux inhalations d'un mélange de teinture d'eucalyptus et d'essence de térébenthine.

A partir du 9 décembre l'état s'améliore et l'enfant sort le 23 janvier avec un poids stationnaire, sans température, les crachats diminués et moins fétides.

b'. — *Poumon et péritoine.*

OBSERVATION LII

T..., fille âgée de 4 ans, entrée salle Gübler le 4 mars 1903, sortie le 22 mars.

Péritonite avec ascite considérable, semblant remonter comme début, au mois d'octobre 1902. Germination du sommet droit et adénopathie trachéo-bronchique.

Sort au bout de 18 jours avec poids + 500 grammes en 8 jours, après une période de 5 jours avec poids — 500 grammes. L'ascite a considérablement diminué.

Elle revient à la consultation en avril : l'ascite a disparu, mais on sent des gâteaux épiploïques indurés.

Deuxième séjour. — 1er juillet-29 août 1903. — Elle a suivi chez elle le régime prescrit, et a à peu près le poids de sa sortie en mars. Le ventre est peu tendu, l'ascite peu abondante ; gâteaux épiploïques. Même état du poumon.

Du 1er au 30 juillet, l'ascite augmente, la diarrhée apparaît, la température s'élève jusqu'à 39° ; puis pendant une grande partie du mois d'août oscille autour de 38°. En 13 jours, poids — 2.000 grammes ; puis du 10 août au 29 + 600.

Elle sort sur la demande de sa mère et aurait succombé chez elle quelques mois après.

c'. — *Poumon. Plèvre et péritoine.*

OBSERVATION LIII

Chat..., fille âgée de 9 ans, entrée le 28 octobre 1902 salle Gübler, sortie le 26 novembre.

L'enfant se plaint depuis quelque temps, elle a maigri et toussé un peu, mais plus particulièrement depuis quelques jours elle a de grands malaises, point de côté droit et fièvre.

On lui trouve un ventre tendu, volumineux, mat et fluctuant, on ne peut pas sentir de gâteaux péritonéaux ; aux poumons matité aux deux bases avec quelques frottements à la base droite.

Pendant son séjour d'un mois à l'hôpital elle a au début, un peu d'angine érythémateuse vite guérie, puis une période de fièvre et d'amaigrissement. Sous l'influence du régime

l'épanchement péritonéal disparaît, la fièvre diminue chaque jour et elle commence à reprendre du poids au moment de son départ pour Garches.

Du 27 octobre au 15 novembre. — 2900 grammes.

Du 15 novembre au 26 novembre + 1400 grammes.

Deuxième séjour. — L'année suivante, elle revient dans le service le 2 mai et y fait un long séjour jusqu'au 28 septembre.

Elle a perdu l'appétit, depuis quelque temps elle maigrit et s'affaiblit.

L'abdomen est resté moins volumineux qu'au premier séjour, l'on ne trouve qu'une légère ascite. Aux poumons de la bronchite aux deux sommets, particulièrement à gauche, à la base droite, des frottements.

Du 1er mai au 16. — Poussée congestive péritonéale avec fièvre (maximum 39°), douleurs, diarrhée et amaigrissement.

16 au 21. — Période de calme, peu de température, plus de diarrhée ni de douleurs, puis :

21 au 28 mai. — Nouvelle poussée, douleur et fièvre (maximum 38°8), qui s'apaisent le 28 mai, mais l'amaigrissement continue parce que l'enfant s'alimente très mal et d'une façon irrégulière ; on la menace de la nourrir par le tube œsophagien.

28 mai-11 juin. — Temps d'arrêt ; pourtant après un état stationnaire du poids il descend encore et semble annoncer par cette diminution une nouvelle poussée.

11-15 juin. — Nouvelle poussée. Ventre dur, tendu, très douloureux : on sent des gâteaux péritonéaux à la palpation. La température monte un peu, mais moins haut (maximum 38°).

Le poids assez bas se maintient. Cette poussée est plus courte que les précédentes.

15-25 juin. — La température devient normale, la douleur a disparu et le poids a augmenté de 300 grammes.

29 juin-2 juillet — Diarrhée. Suppression de la viande crue, accès de fièvre à 39°. Douleurs abdominales. Diminution de 400 grammes.

2 juillet-21 juillet. — La malade va mieux, sauf de très courts accès de fièvre s'accompagnant de douleurs mais en petites poussées et qui sont tout à fait passagères.

23 au 29 juillet. — Poussée plus importante semblable à celle du 29 juin, mais qui cède au bout de 6 jours. On supprime à ce moment la suralimentation, ce qui amène une légère diminution du poids.

Mais à partir du 29 juillet jusqu'à sa sortie, l'état va s'améliorant, la fièvre a disparu, le poids augmente d'une façon constante et la malade n'éprouve, que de loin en loin, des douleurs abdominales qui ne font que paraître et disparaître. Elle a repris de l'appétit et supporte bien la suralimentation.

Elle part en très bon état pour Garches.

OBSERVATION LIV

Past.., fille, 7 ans. Entre le 9 mars 1903, sort le 21 juin 1903.

Evolution tuberculeuse subaiguë fébrile, avec fièvre pendant 3 mois, dont près de 40 jours, en deux reprises, avec des oscillations entre 38°8 et 40°. Le reste autour de 38° ou entre 37°,4 et 38°.

Foyers congestifs successifs aux sommets et dans les autres parties des poumons ; adénopathie trachéo-bronchique ; pleurésie sèche de la base droite ; péritonite tubercu-

leuse avec ascite, ayant apparu dans le service vers la fin de mars. Disparition de l'ascite vers la fin de mai avec un gâteau épiploïque persistant.

Disparition des foyers broncho-pneumoniques des sommets à la fin de mai, mais persistance d'induration à ce niveau, surtout à droite. Très bon aspect malgré la fièvre.

Durée du séjour : 3 mois et 11 jours. Poids lentement progressif à cause des difficultés de l'alimentation, surtout au début, où la malade présentait des vomissements et de la diarrhée.

Augmentation totale + 3000 grammes.

C. — Tuberculoses séreuses

a'. — *Tuberculose pleuro-péritonéale.*

OBSERVATION LV

Sipp..., fille 4 ans. Entrée 16 mars 1903 salle Gübler, sortie le 16 avril.

Tuberculose pleuro-péritonéale avec ascite.

Epanchement pleural d'abord unilatéral, puis double.

Vomissements et diarrhée au début. Alimentation mal supportée jusqu'au 31 mars.

Température peu élevée.

La mère reprend l'enfant trop tôt, le 16 avril.

Epanchements restent stationnaires. Etat général amélioré.

Durée du séjour : 31 jours. Sept jours au début avec — 1.000 grammes, puis 24 jours avec + 800 grammes.

b'. — *Tuberculose péritonéale.*

OBSERVATION LVI

Did... René, 5 ans, entre salle Gubler annexe, 11 avril 1904.

Diarrhée depuis 3 mois.

Péritonite tuberculeuse : masses caséeuses ; peu d'ascite. Ganglions du hile pris.

La diarrhée disparaît 9 jours après l'entrée.

Etat général amélioré. Enfant sorti trop tôt.

Durée du séjour : 30 jours. + 2.000 grammes.

Troisième Catégorie

Tuberculoses ouvertes. Intoxications.

OBSERVATION LVII

Pan..., garçon, âgé de 10 ans.

D et G O — ramollissement, gros foie, foyers congestifs.

Reste 88 jours.

Pendant 59 jours gagne 2800 grammes. Température entre 37° et 38° pendant 42 jours. Signes pulmonaires améliorés.

Pendant 29 jours perd 3400 grammes. Température entre 38° et 40°.

Broncho-pneumonie, caséification.

Cachexie rapide. Mort.

OBSERVATION LVIII

Mald... J., fille âgée de 11 ans, sœur de Mald. L. (Obs. XXXI), soignée dans le service.

1er séjour : 111 jours. — 1500 grammes. — Fièvre hectique avec poussées jusqu'à 40° ; lorsqu'elle sort la température est aux environs de 37° ; un peu améliorée.

2e séjour : 128 jours. — 1800 grammes. — Fièvre à grandes oscillations entre 37° et 39° avec quelques accalmies. Caséification des deux sommets, excavation du sommet gauche, adénopathie, diarrhée.

3e séjour : 200 jours. — 2700 grammes. — Mêmes lésions

des poumons avec en plus des frottements pleuraux aux deux bases : entérite bacillaire, fièvre hectique, cachexie extrême, asphyxie. Mort.

OBSERVATION LIX

Rec..., fille, âgée de 13 ans.

1er séjour : 80 jours. — G. O. D.O + souffle cavitaire s/cl. d., crachats avec bacille de Koch. Température entre 37° et 38° avec poussées jusqu'à 39°.

Part à Epinay ayant gagné 5800 grammes.

Elle tousse peu et ne crache plus.

2e séjour : 25 jours. — Rentre l'année suivante ayant perdu les 5800 grammes qu'elle avait gagné.

Signes pulmonaires plus accentués.

Frottements pleuraux aux bases. Fièvre hectique.

Mort avec — 1500 grammes sur le poids de son entrée

OBSERVATION LX

Cav..., fille, âgée de 14 ans, soignée pendant 86 jours.

DO.Go. + ganglions mésentériques, diarrhée.

12 jours. + 1500 grammes.

15 jours, poids stationnaire. Température entre 37° et 39°.

13 jours. — 2000 grammes. Vomissements et diarrhée par intervalles. Les signes pulmonaires persistent.

14 jours + 1500 grammes.

32 jours — 6000 grammes. Diarrhée persistante, cachexie. Emmenée mourante par les parents.

CHAPITRE III

Dans les observations qui précèdent, nous ferons remarquer que nous n'avons jamais, à la sortie de l'enfant, prononcé le mot de guérison, mais que nous nous sommes contentés de signaler le bon état ou l'amélioration.

En effet, la guérison de la tuberculose, surtout pulmonaire, si elle est une chose possible, incontestable et incontestée aujourd'hui, est aussi chose assez difficile à déterminer. D'une façon générale, on ne peut guère apprécier l'amélioration d'un sujet tuberculeux que par les *symptômes physiques*, révélés par l'examen du poumon, ou par les *symptômes généraux* accusés par le malade. Voyons ce que donnent les uns et les autres chez les malades qui nous occupent.

Les signes physiques peuvent être les mêmes pour deux lésions du poumon à des stades bien différents de leur évolution. C'est ainsi que, diminution de la sonorité, au niveau d'un sommet, et diminution du murmure vésiculaire peuvent être les indices d'une germination tuberculeuse aussi bien que les vestiges d'une sclérose pulmonaire : processus de guérison de la lésion précédente.

Il est donc, *a priori*, difficile de juger de la cicatrisation d'une lésion pulmonaire tuberculeuse par l'auscultation seule.

Les symptômes généraux, au contraire, nous entendons par là : état général très amélioré, tolérance digestive parfaite pour la suralimentation, retour des forces, de la gaieté, disparition de l'anémie, teint plus animé, sans toutefois cet aspect gras signalé par différents auteurs (1), et que nous n'avons jamais rencontré chez nos enfants. Ces symptômes généraux, disons-nous, nous paraissent, à l'heure actuelle, un critérium meilleur pour juger de l'amélioration du tuberculeux. Et encore faut-il que ces symptômes se maintiennent les mêmes pendant un temps toujours très long, des mois, des années consécutives. M. le professeur Grancher a insisté sur ce point et montré combien il est difficile, et imprudent surtout, d'affirmer qu'un tuberculeux, tout au début, est guéri, qu'il est à l'abri de ces rechutes, de ces récidives, de poussées nouvelles.

Nous parlons donc pour nos malades d'amélioration seulement, car nous n'avons pu suivre aucun d'eux pendant plusieurs années consécutives pour pouvoir affirmer une guérison.

Des nombreux signes généraux, dont la réunion constatée chez les malades nous permet de dire qu'ils sont améliorés, le plus important nous semble l'augmentation de poids, et c'est ce point que nous avons mis en relief dans nos observations.

L'augmentation de poids franche, constante et progressive, en effet, est toujours en rapport avec le retour de l'appétit, des couleurs, des forces, etc... Toutefois cette augmentation de poids chez l'enfant tuberculeux

1. C. Sabourin, *Journal des Praticiens*, 1903.

nous paraît un facteur d'amélioration moins important à considérer que chez l'adulte.

Chez un tuberculeux adulte, gain de poids coïncidant avec amélioration de l'état général, signifie que ce malade est dans de bonnes conditions pour la lutte, puisqu'il assimile mieux. Mais l'enfant, même bien portant, gagne du poids, d'une façon régulière et progressive du fait de sa croissance naturelle. A *fortiori*, doit-il, s'il est tuberculeux, présenter, toutes proportions gardées, une augmentation de poids plus considérable que chez l'adulte pour soutenir avantageusement la lutte.

Ceci posé, il ressort des faits observés dans le service de notre maître, M. Barbier, chez les enfants soumis au traitement indiqué plus haut, qu'on peut améliorer et espérer guérir les tuberculeux hospitalisés.

Les diverses formes que nous avons classées plus haut, ne sont pas toutes aussi nettement influencées par le traitement.

1° Les formes apyrétiques, ou peu fébriles, fermées, localisées aux ganglions du hile ou au poumon, sans phénomène d'intoxication, mais avec anémie prépondérante et amaigrissement marqué, ont donné les meilleurs résultats.

a. — Tous ces malades, sans exception, augmentent de poids dans des proportions variables. L'observation la plus concluante à cet égard est celle n° IX, concernant l'enfant Vign..., qui gagne, en 26 jours, 3600 grammes, soit une augmentation de 138 grammes par jour.

b. — Il est à remarquer que quelques malades n'augmentent pas de poids dès leur entrée. Mais, qu'au contraire, on observe chez eux une baisse de poids pen-

dant les premiers temps de leur séjour à l'hôpital. Cela tient à ce que les malades n'entrent dans le service qu'à l'occasion d'un incident survenu au cours de leur tuberculose latente, et qui a particulièrement attiré l'attention des parents, tels que troubles digestifs, amaigrissement, fatigues, sueurs nocturnes, etc.

Cette baisse de poids du début coïncide toujours avec quelques phénomènes digestifs : intolérance pour la suralimentation, vomissements, diarrhée, angine intercurrente, atteinte légère de grippe, rhumatisme tuberculeux, léger mouvement fébrile, poussée congestive, etc.

La plupart de ces troubles, d'ailleurs, surtout l'anémie et les signes digestifs, disparaissent très rapidement sous l'influence du repos et de la cure d'air.

c. — Certains malades ont fait un court séjour (2 ou 3 semaines). L'augmentation de poids chez ces derniers montre avec quelle facilité l'organisme des enfants réagit contre la dénutrition, dès qu'il est placé dans des conditions favorables.

Ces malades ne sortent certes pas guéris, mais leur amélioration notable permet de supposer que, dans de telles conditions de traitement, ils eussent pu s'améliorer davantage, et même guérir avec un séjour assez long. Malheureusement les conditions du service ne permettent pas de garder les malades aussi longtemps qu'il le faudrait. Souvent les parents reprennent d'eux-mêmes leurs enfants trop tôt. Enfin certains attendent dans leur famille, c'est-à-dire dans un milieu peu favorable, leur départ pour les maisons de convalescence et perdent ainsi souvent les bénéfices du traitement antérieur.

2° Les formes fébriles, prolongées, mais fermées, et sans phénomènes d'intoxication ou de cachexie précoce, ont donné un résultat un peu moins certain.

a) Les tuberculoses pulmonaires retirent du traitement un bénéfice moins accusé que dans la catégorie précédente, mais non négligeable.

C'est ainsi que chez Mutt... (Obs. XXXIX), la malade malgré plusieurs accès fébriles aux environs de 38°, augmente en 98 jours de 4200 grammes soit encore une moyenne de 40 grammes par jour. Témoin encore l'observation de Vill... (n° XLV) qui, sur un séjour d'une durée de 240 jours avec 145 jours environ de fièvre oscillant entre 38° et 40°5, s'en va en convalescence avec une augmentation totale de poids de 6 kg. 800.

b) Les tuberculoses séreuses, pleuro-pulmoraires, péritonéo-pulmonaires ou pleuro-péritonéo-pulmonaires, suivent la règle générale. Ces malades diminuent de poids pendant la période fébrile et la constitution de l'épanchement, puis augmentent rapidement dès que la fièvre disparaît et que l'épanchement se résorbe. Dans cette catégorie le cas le moins favorable est celui de l'enfant Tr... (Obs. XLVII) qui augmente encore de 33 grammes par jour.

Malheureusement les observations de ces formes sont trop peu nombreuses pour que nous puissions donner des conclusions plus précises.

3° Les formes cachectiques précoces avec ou sans fièvre, mais avec anémie intense et phénomènes d'intoxication marqués, formes ouvertes, n'ont pas donné de bons résultats.

La plupart de ces malades sont morts après plu-

sieurs séjours à l'hôpital. Sortis une première fois améliorés, ils sont rentrés à nouveau quelque temps après, pour mourir de cachexie tuberculeuse.

Nous terminerons l'exposé de ces résultats, en insistant sur l'importance pronostique que semble avoir l'augmentation du poids au cours de l'évolution de la tuberculose.

Dans les cas où le gain de poids ne s'est fait que lentement ou par à-coups, et non dès le début du traitement, il nous a semblé que ce fait était d'un pronostic mauvais, et nous répéterons ici ce que MM. Josias et J. Ch. Roux (1) ont dit très justement à ce propos : « On peut même avancer que la façon dont se comportent les malades dans le premier mois, en ce qui concerne leur poids, permet de prévoir ce que donnera l'application prolongée du traitement ».

1. *Revue de la Tuberculose*, 1903, p. 286.

CHAPITRE IV

Arrivé au terme de notre étude sur le sanatorium-hôpital et ses résultats pratiques, nous voudrions en dégager quelques considérations sur les moyens dont nous pouvons disposer dans la lutte contre la tuberculose infantile.

L'installation de pareils sanatoria est chose possible et peu coûteuse ; il est à désirer qu'elle soit généralisée à tous les hôpitaux d'enfants. Ce ne serait d'ailleurs que l'application de ce vœu formulé, en 1896, par la commission de la tuberculose : MM. Grancher (1) et Thoinot demandaient que, « dans les jardins de certains hôpitaux qui, même à Paris, sont quelquefois grands, on construisît des pavillons pour tuberculeux, où la cure se ferait comme dans un sanatorium ordinaire. »

Mais nous ne pouvons nous dissimuler que les résultats obtenus à l'hôpital Hérold, pour excellents et encourageants qu'ils soient, sont cependant encore incomplets et non définitifs. Les malades sortant de l'hôpital, sont envoyés dans des maisons de convalescence ou rentrent dans leur famille.

Envoyés en convalescence à Garches, Epinay, etc., et ceux-là, on peut s'en rendre compte en lisant nos

1. Grancher. *Tuberculose et sanatorium*, p. 37.

observations, sont en bien petit nombre, les places étant limitées, ils ne continuent pas dans ces établissements le traitement commencé à l'hôpital. La cure d'air, le repos, ne sont pas de rigueur. L'alimentation est peut-être suffisante, mais la suralimentation ne leur est pas imposée. Ces enfants y sont traités en convalescents alors qu'ils devraient encore être considérés comme des malades.

Nous avons ainsi noté plusieurs fois le cas d'enfants partis en convalescence et revenus à l'hôpital, après un séjour plus ou moins long, dans un état de santé beaucoup moins florissant qu'avant leur départ. Une d'entre elles Val... (Obs. XXXVI) revient de Forges avec une nouvelle poussée et de la diarrhée : ayant perdu 1000 grammes en un mois par alimentation insuffisante. Témoin encore Mar... (Obs. XXXIV) qui, sortie avec une bronchite suspecte des sommets, part à Epinay très améliorée et revient, après un séjour de 34 jours, avec une bacillose certaine du sommet droit.

Dans d'autres cas, les malades, quittant l'hôpital, rentrent dans leur famille. Ces enfants retombent dans le même milieu qui les a primitivement contaminés. Souvent ils sont obligés de travailler, de manger et de coucher dans une chambre obscure et mal aérée, où vivent depuis longtemps leur père ou leur mère phtisiques au dernier degré.

Dans cet ordre d'idées, nous citerons l'observation XXXVII où l'enfant Fl..., après un séjour à Hendaye, où elle augmente de 5000 grammes, rentre chez elle à Paris où elle perd 7.500 grammes.

Donc, le profit retiré par les enfants de leur cure

d'air à l'hôpital, ne peut augmenter qu'à la condition que le traitement, ainsi commencé, soit continué ailleurs et pendant longtemps. Aussi, ne peut-on que souhaiter vivement la création de colonies agricoles, d'écoles à la campagne, où les petits tuberculeux améliorés ou même guéris, seraient, encore pendant longtemps, soumis à la vie au grand air, à une nourriture saine et abondante, et à une hygiène bien conduite. Ces soins prolongés donnés aux enfants, offriraient des avantages économiques qu'on ne peut retrouver chez l'adulte, qui doit travailler pour élever et nourrir une famille toujours plus ou moins nombreuse.

Bien mieux, l'enfant enlevé, sous prétexte de cure, à sa famille, cesse d'être pour elle une charge d'autant plus lourde, que sa santé délicate demande plus de soins. Ce serait alléger les dépenses de la *collectivité* à laquelle l'enfant appartient déjà le plus souvent par les œuvres d'assistance scolaire et à laquelle il appartiendrait plus tard encore,comme tuberculeux adulte. Du reste, les frais de la guérison complète seraient d'autant moindres pour la collectivité, que les parents eux-mêmes pourraient concourir, ne fût-ce que pour une somme minime, à l'entretien de leur enfant ; somme, qui serait toujours inférieure à celle qu'il aurait dépensé dans sa famille. Autre avantage : le logement de la famille, déjà trop étroit, est désencombré et offre à ceux qui restent de meilleures conditions d'existence.

Comment réaliser cette cure prolongée ? C'est là un point fort délicat et difficile à résoudre.

La création d'écoles à la campagne, semble, pour les enfants en bas-âge, un des meilleurs moyens.

Les enfants, soumis dans ces écoles à une sorte de régime d'internat, pourraient assister à une ou deux classes par jour, suivant leur âge, tout en continuant leur traitement. A 13 ans, âge où ils pourraient cesser d'aller à l'école, les enfants, suivant leurs aptitudes et leurs goûts, se livreraient à l'apprentissage d'une profession. Ainsi, à la réglementation du travail, on leur adjoindrait une alimentation abondante et saine, la vie au grand air, et on ferait de tous ces enfants tuberculeux des agriculteurs ou des artisans qui passeraient à la campagne le reste de leurs jours. L'Etat, la Collectivité et l'Assistance Publique, bénéficieraient ainsi largement des sacrifices qu'ils se seraient imposés pour eux.

M. le professeur Grancher a récemment insisté sur ce point (1), et il a même été plus loin en montrant comment il valait mieux prévenir la tuberculose pour la guérir, en surveillant étroitement les jeunes écoliers parisiens et en envoyant tous les enfants suspects dans ces écoles à la campagne, que la ville de Paris et l'Assistance publique pourraient mettre à leur disposition.

Nous ne nous dissimulons pas que cette assistance et cette œuvre anti-tuberculeuse, simple en théorie, présente, en pratique, des difficultés assez grandes ; aussi à ce point de vue, ne peut-on guère formuler que des vœux.

Si vraiment la création de ces écoles à la campagne,

1. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, n° 25, 1904.

de ces colonies agricoles, était impossible à réaliser, tous les enfants suspects de tuberculose pourraient être envoyés chez les cultivateurs de nos campagnes, absolument comme le sont les enfants assistés, tout en restant soumis, de temps à autre, à la visite d'une commission médicale.

M. le professeur Hutinel a montré les résultats qu'on pourrait attendre de telles réformes, puisque sur 18.000 enfants de l'assistance publique de Paris vivant à la campagne il n'a relevé que 15 tuberculeux (1).

1. *Bulletin médical*, 1903, p. 921.

CONCLUSIONS

1° L'installation du sanatorium d'hôpital à Paris, pour le traitement des enfants tuberculeux, est facile à réaliser avec un minimum de dépenses ;

2° Les résultats du traitement de la tuberculose infantile par la cure d'air, associée à la suralimentation, sont particulièrement favorables dans les formes apyrétiques fermées, pulmonaires ou ganglionnaires.

Les formes fébriles, fermées, même prolongées, formes pulmonaires et séreuses, sont encore bien améliorées par ce traitement, les symptômes réactionnels étant toujours très marqués chez les enfants.

Les résultats sont beaucoup plus aléatoires dans les tuberculoses ouvertes, avec anémie et phénomènes d'intoxication marqués ;

3° Malheureusement les enfants, sortis améliorés à la suite d'un séjour à l'hôpital, toujours trop court, perdent souvent les bénéfices du traitement antérieur, lorsqu'ils ne sont plus soumis à la même hygiène sévère et à la suralimentation. C'est à ce point de vue qu'il faut encourager l'Etat et l'Assistance publique, l'initiative privée aidant, à créer rapidement, des colonies agricoles, des fermes écoles, où les enfants obtiendront une guérison complète et totale.

Ainsi serait réalisée la véritable prophylaxie de la tuberculose infantile avec des conditions de lutte meilleures, des chances plus grandes de guérison et des dépenses plus restreintes.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. de la Faculté de médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Doyen honoraire..... M. BROUARDEL.
Professeurs honoraires.. MM. DUPLAY, FARABEUF, FOURNIER, JACCOUD.

Professeurs.....	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	N....
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique de chirurgie infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques.
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBÉ.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS	MORESTIN.	WALLICH.

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.